Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22363622

Les altérations anatomiques peuvent s'établir avec les premiers symptômes, et augmenter comme eux au fur et à mesure que les accès se succèdent. Telle serait, par exemple, une fièvre intermittente pneumonique. Dans cette espèce, une pneumonie se déclare en même temps que la fièvre, et, à chaque accès, la lésion locale fait des progrès et se dévoile plus largement avec ses symptômes anatomiques et fonctionnels caractéristiques. Quand la lésion matérielle est grave, et qu'elle naît et s'accroît de cette façon, la fièvre ordinairement est sub-continue d'une manière définitive; on en trouve aisément la raison dans l'influence de la maladie locale.

Le plus souvent la lésion matérielle n'acquiert pas une importance semblable, car elle est secondaire à la fièvre, ou plutôt subordonnée à la cause de l'intermittence. Loin d'être contemporaine de la pyrexie et de marcher de pair avec elle, cette lésion n'en est que l'effet, la conséquence naturelle : son rang, dans l'ordre pathogénique, est très-inférieur. C'est ainsi qu'un sujet mort d'une fièvre intermittente apoplectique peut présenter à la nécropsie quelque injection dans les vaisseaux de l'encéphale, un peu de sérosité dans les ventricules. Cette injection, cette sérosité sont visiblement le résultat de la lésion fonctionnelle du cerveau, qui, par sa permanence, a entraîné un dérangement matériel dans le tissu, mais trop faible pour expliquer la gravité du mal.

Quand bien même il existerait le rapport le plus exact entre les altérations anatomiques et les symptômes, ce rapport n'est pas ce qui doit servir de base à l'indication la plus urgente, la plus essentielle. Celle-ci se rattache à la cause capable de ramener les désordres ou de les aggraver, c'est-à-dire à l'élément périodique. Sans doute on ne doit pas négliger les moyens réclamés par le dérangement organique ; mais s'il y avait incompatibilité, il ne faudrait pas hésiter à donner le quinquina si l'intermittence persistait. Seulement, au moment de l'accès, et même dans l'intervalle, si cela se pouvait, le traitement propre à la maladie locale serait employé avec une vigueur proportionnée à son intensité.

FIN

Comment reconnaître l'acide sulfurique mélangé avec la matière des vomissements?
Des principales difformités du pied et de la main.
Quelle est l'influence de la luxation fémoro-iliaque ancienne sur la direction et la conformation du bassin?
Faire connaître la cause, les symptômes et la marche de l'herpes du prépuce.

140.
12.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE, A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 22 DÉCEMBRE 1838,

PAR

GÉRAUD-CALIXTE PLOUGEAUT,

de REILHAC (CANTAL),

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER,

CHEZ X. JULLIEN, IMPRIMEUR, PLACE MARCHÉ AUX FLEURS, N.° 2.

1838.

A LA MÉMOIRE
DE MA GRAND'MÈRE

QUE J'AIMAIS TANT.

Larmes et Regrets ! ! !

AU MEILLEUR DES PÈRES,

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Mon cœur vous le dit avec sincérité, il n'est rien qu'il ne désire autant que votre bonheur. Je n'oublierai jamais les nombreux sacrifices que vous avez fait pour moi, toute ma vie sera consacrée à vous en dédommager.

G. C. PLOUGEAUT.

A MON ONGLE VERNEMOUZE.

La place que je vous ai destinée ici, est celle que vous occupez dans mon cœur. Vous avez été mon second père, je ne l'oublierai jamais.

A MES FRÈRES,

A MES SŒURS.

Votre bonheur sera toujours le mien.

G. C. PLOUGEAUT.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Comment reconnaître l'acide sulfurique mélangé avec la matière des vomissements?

Composé, ainsi que son nom l'indique, de soufre et d'oxigéne, l'acide sulfurique se présente sous la forme d'un liquide transparent, incolore, inodore, d'une consistance oléagineuse, d'une acidité très forte, d'une pesanteur spécifique double de celle de l'eau d'une excessive causticité, noircissant très vite les substances organiques avec lesquelles on le met en contact, se congélant à la température de 8 à 10° au-dessous de zéro, et produisant 84° de chaleur, thermométre centigrade, quand on le mêle, en proportions égales avec l'eau.

La saveur repoussante de cet acide et la facilité, avec laquelle il corrode les tissus vivants, avertissent si évidemment de sa présence et du danger qui l'accompagne, qu'on le croirait peu propre à devenir une cause assez fréquente d'empoisonnement. Plus d'une fois, néanmoins, il a servi à l'exécution de projets criminels; plus d'une fois aussi, par suite d'une funeste inadvertance il a donné lieu aux accidents les plus graves, soit qu'il eut été introduit dans le tube digestif par la bouche ou par l'anus, soit qu'il eut été répandu sur une grande étendue de l'enveloppe cutanée, sur les yeux ou sur les parties sexuelles, souvent encore il a été l'agent du suicide.

On a lieu d'affirmer qu'il y a de l'acide sulfurique dans la matière des vomissements;

1° Si cette matière, au moment même où elle a été vomie, fait effervescence en tombant sur le sol et principalement sur les corps calcaires;

2° Si elle rougit le papier de tournesol et les couleurs bleues végétales;

3° Si, en faisant chauffer dans une petite fiole, une certaine quantité de cette matière, mêlée avec un peu de charbon en poudre fine, il se dégage non seulement du gaz acide sulfureux reconnaissable à son odeur suffocante et absolument identique à celle du soufre enflammé, mais encore du gaz acide carbonique (1);

4°. Si, avec une température plus élevée et un excès de charbon, on obtient de l'oxide de carbone et quelques parcelles de soufre, provenant de la décomposition de l'acide sulfurique;

5° Si, après avoir isolé par la décantation, la partie superficielle de la matière des vomissements de celle qui occupe le fond du vase, on reconnait à cette dernière, une consistance oléagineuse, une propriété fortement acide; et qu'en la mêlant à parties égales d'eau, la température sélève rapidement à 84° thermomètre centigrade;

6° Si, en mettant à froid de la paille ou d'autres substances végétales dans la portion acide de la matière vomie, ses substances se ramollissent et deviennent noires; s'il s'en sépare du charbon, et qu'après l'expérience l'acide se trouve contenir de l'eau;

7° Si, soumise à l'action du calorique dans des vaisseaux fermés, cette portion acide bout à 300° thermomètre centigrade, et peut être distillée;

8° Si le phosphore mêlé avec une certaine quantité de l'oxide laissé à nu par la décantation lui enlève au moyen d'une température de 100 à 150°, une partie de son oxigène pour le faire passer à l'état

---

(1) Dans ce cas, la portion d'oxigène que perd l'acide sulfurique, se porte sur l'oxide de carbonne et le transforme en acide.

de gaz acide sulfureux, et se transformer lui-même en acide phosphoreux ou phosphorique.

9° Si, en soumettant une partie de la matière des vomissements à l'action de l'hydrochlorate ou du nitrate de baryte dissous dans l'eau, il se forme un précipité blanc de sulfate de baryte, très abondant et insoluble dans l'acide nitrique;

10° Si ce précipité lavé et calciné avec du charbon, fournit du sulfure de baryte;

11° Si, avec l'acétate ou le nitrate de plomb, on obtient un précipité blanc de proto-sulfate de plomb;

12° Si les liquides vomis avivent la couleur du vin, et ne produisent aucun changement dans l'eau sucrée, ni dans l'infusion de thé;

13° Si, unie au vinaigre en petite quantité, la matière des vomissements, le rend beaucoup plus acide sans le troubler;

14° Si cette matière précipite abondament l'albumine blanc;

15° Si elle donne à la dissolution de gélatine plus de limpidité; si elle caille le lait sur le champ;

16° Si, en versant une ou deux gouttes de l'acide que renferme cette matière dans une assez grande quantité de la bile de l'homme, il se forme instantanément un beau précipité jaune clair, qui passe au jaune orange par l'addition de quelques gouttes du même acide;

17° Enfin, si cet acide, mêlé avec du sang en état de fluidité le brunit fortement et le coagule.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Des principales difformités de la main et du pied.

On nomme difformité, ou vice de conformation, toute forme d'organisation qui, s'éloignant plus ou moins du type organique naturel, porte une atteinte plus ou moins notable aux fonctions de l'organe où elle réside, ou à celle de tout autre, ou même à celle de l'organisme entier.

Les difformités se distinguent en congénitales, ou acquises.

Les premières, vulgairement nommées monstruosités (1) peuvent être divisées, relativement à leur origine, en primordiales ou spontanées, et consécutives ou accidentelles. Les difformités primordiales sont celles qui se forment sans l'intervention d'aucun état morbide appréciable, comme par exemple, la plupart des vices de conformation du cœur, les anomalies d'origine et de distribution des gros vaisseaux, l'anencéphalie, l'amyelie, la réduction de deux jumeaux en un seul être au moyen de l'inclusion de l'un d'entr'eux, la fusion d'un plus ou moins grand nombre de parties naturellement distinctes, l'absence de la paroi antérieure du thorax et de celle de l'abdomen, les parties surnuméraires, la persistance de certaines organisations normalement transitoires, presque toutes les imperfections, le bec de lièvre, etc., etc.

---

(1) Quelques écrivains appliquent cette dénomination aux seules difformités qui offrent quelque chose d'extraordinaire, d'affreux, et celle de *vices de conformation* aux difformités légères. Mais l'idée du *laid*, du *monstrueux* étant comme celle du *beau* plus ou moins relative, plus ou moins subordonnée au caprice, à l'habitude, à l'éducation, à l'intellect, en un mot, à la manière de sentir et de juger, il s'ensuit qu'on ne peut guère assigner d'une manière rigoureuse les limites d'une pareille division.

Les difformités acquises sont celles qui peuvent s'opérer à toutes les époques de la vie extra-utérine; parmi elles, certaines consistent en des divisions anormales (lagophthalmic, bec de lièvre accidentel, division accidentelle du voile du palais, etc.), d'autres dépendent de réunions contre nature, (adhérence des bords libres des paupières, adhérence de ces derniers au globe de l'œil, adhérence de la lèvre inférieure avec la langue, adhérence des doigts entr'eux, etc.) plusieurs résultent d'un rétrécissement ou d'une obstruction, (oblitération de la pupille ou synézizis, étroitesse et imperforation du conduit auditif externe, des narines, de la bouche, de l'anus, de l'orifice de l'urèthre, etc.); un grand nombre d'autres sont constituées par des ouvertures anormales (ouverture de l'intestin sur un point de la circonférence abdominale, ouverture du rectum sur la vessie, ouverture accidentelle du vagin dans le rectum, etc.); quelques unes sont constituées par des prolongements anormaux, (prolapsus de la paupière supérieure par la paralysie de son élévateur, développement excessif des petites lèvres, du clitoris, etc.); beaucoup d'autres tiennent à des déviations ; (déviations et courbures de la colonne vertébrale sous l'influence du rachitis, des scrophules ou de toute autre affection, déviation du bras, de l'avant bras, de la main, des doigts, de la cuisse, de la jambe, du pied, des orteils, renversement des paupières, etc.); il en est enfin un grand nombre qui sont formées par des cicatrices, un cal vicieux, de luxations irréductibles, etc., etc.

Dans cette multitude infinie des difformités humaines, celles de la main et du pied sont incontestablement des plus communes, et des plus dignes d'être bien étudiées. Il n'en est point en effet dans la classe de celles qui tiennent à un excès de développement que l'on observe aussi souvent que celles constituées par le surnumérariat des doigts ou des orteils ; il n'en est pas surtout de plus fréquentes que celles qui proviennent de déviations naturelles, ou accidentelles. Quand à l'importance de leur étude on ne saurait la mettre en doute pour peu que l'on refléchisse au rôle important des parties qui en sont le siége. Examinée sous toutes ses faces la question des diffor-

mités de la main et du pied, serait donc une des plus belles que l'on puisse avoir à traiter. Néanmoins quoique restreinte ici à l'anatomie et à la physiologie elle est encore pleine d'intérêt : aussi je regrette que les circonstances ne me permettent pas de consacrer plus de temps et de recherches à son examen.

DIFFORMITÉS DE LA MAIN.

Difformités congénitales.

I. *Considérations graphiques ou anatomiques.* Les difformités congénitales de la main les plus remarquables sont : l'extrême petitesse de cette partie des membres pectoraux, son excessive longueur, le manque d'un ou plusieurs doitgs, leur accroissement de nombre, leur union ensemble, ou bien avec l'une ou l'autre face de la main, leur direction vicieuse. 1° Les diverses parties dont cette dernière se compose, (carpe, métacarpe, phalanges), peuvent être arrêtées dans leur développement soit par une aberration inexplicable des forces organogéniques, soit par un trouble apporté à ces forces au moyen de quelques maladies ; dans ces cas, la main s'offre à la naissance dans un état presque rudimentaire et ne prend un peu d'accroissement qu'après quelques années ; quelquefois au contraire, réduite à une véritable atrophie, elle conserve sa petitesse native ou même diminue au point de simuler une petite excroissance à l'extrémité de l'avant-bras, toutefois les faits de ce genre sont fort rares : pour l'ordinaire, l'arrêt de développement n'agit que sur les doigts et principalement sur le pouce. Je connais un jeune homme dont les deux pouces n'ont que 9 à 10 lignes de longueur, tandis que les autres doigts offrent une longueur normale : cette conformation ne l'empêche pas d'avoir une jolie écriture et d'être fort adroit.

2° L'excessif développement congénital de la main est presque toujours le résultat du retentissement de quelque affection morbide sur le métacarpe ou sur les doigts, et constitue certaines variétés de *spina ventosa*; toutefois on possède quelques exemples d'individus

dont les mains quoique exemptes de toute altération anatomique, offraient des dimensions extraordinaires : il est probable qu'elles devaient l'être beaucoup chez Artaxercès surnommé *Longue main*.

3° Il est extrêmement rare de voir des enfants venir au monde avec moins de cinq doigts à chaque main, mais il arrive assez souvent d'en trouver qui naissent avec un sixième doigt à chaque main, ou seulement à une : on en a vu même plusieurs naître avec sept doigts, d'autres avec huit et quelques uns avec dix ; cette conformation est ordinairement bornée aux mains ; quelquefois, néanmoins, elle s'étend aux pieds, qui ont alors six, sept ou huit orteils. Dans la plupart des cas, le doigt ou les doigts surnuméraires sont placés vers le bord cubital de la main ou vers le bord externe du pied ; très rarement on voit un doit surnuméraire vers les côtés opposés. La disposition et l'organisation de ces sortes de doigts varient également : dans quelques cas, le doigt surnuméraire est supporté par un os du métacarpe qui lui est propre ; dans d'autres, le nombre des os métacarpiens n'est point augmenté ; mais la plus externe de la seconde rangée, présente à son extrémité une facette double pour l'articulation du doigt normal, et pour celle du doigt surnuméraire, dans l'un et l'autre de ces cas, le doigt surnuméraire est pourvu de muscles particuliers ou du moins de quelques tendons et jouit du même mouvement que les autres. D'autrefois le doigt surnuméraire s'articule par une facette lisse avec la première phalange du doigt le plus voisin, et n'est formé que d'une ou plusieurs phalanges revêtues de leur périoste, et couvertes de la peau sous laquelle est une graisse de consistance suiffeuse, quelquefois il ne forme qu'une sorte d'appendice qui tient au bord externe de la main ou du doigt le plus voisin, par un pédicule cutané fort mince. Enfin, une singularité très remarquable de la conformation sexdigitaire, c'est que le sixième doigt peut être produit par la bifurcation de la dernière phalange du pouce, chaque portion ayant un os et un ongle particulier. J'ai vu dernièrement cette difformité chez un garçon pâtissier suisse : elle coexiste avec un léger raccourcissement du membre où se trouve le pouce bifurqué, et avec un sixième orteil à chaque pied.

Des observation nombreuses et authentiques prouvent que la difformité sexdigitaire, peut se transmettre, des parents aux enfants, pendant plusieurs générations, (Saviard, Morand, Wensjorw, Meckel, de Riville, etc.)

4° L'adhérence congénitale des doigts, entr'eux, est, de deux espèces : intime et immédiate ; en sorte que, les doigts sont collés, les uns aux autres, ou médiate et formée par une membrane fibro-celluleuse, qui s'étend d'un doigt à l'autre, en donnant a la main l'apparence d'un animal palmipède.

Dans quelques cas, les doigts sont collés dans toute leur longueur, contre la paume ou contre le dos de la main, en même temps qu'ils sont unis entr'eux, par leurs faces latérales. De même que la précédente, cette adhérence est tantôt immédiate, tantôt médiate. Le plus souvent, celle de la face postérieure des doitgs, avec la région dorsale de la main, se fait au moyen d'une bride falsiforme.

5° Les causes les plus ordinaires des déviations congénitales de la main, sont: tantôt un vice de développement d'une de ses urfaces articulaires ; tantôt la paralysie ou la faiblesse de quelqu'un des muscles destinés à la mouvoir.

L'imperfection du seaphoïde et du cuboïde, entraîne la main dans l'abduction; celle du pyramidal et du ligament triangulaire qui unit ce dernier avec le cubitus, la porte au contraire dans l'adduction. L'arrêt de développement du ligament annulaire du carpe, devient une cause indirecte de l'inclinaison de la main en arrière, attendu que par l'absence ou le peu de résistance de cette bride, les tendons des fléchisseurs ne sont pas suffisamment soutenus, et que l'aponévrose palmaire ainsi que les muscles du pouce et du petit doigt, manquent de point d'appui. Mais de toutes les parties de la main où se forment les vices de structure capables de donner lieu à des déviations, il n'en est point ou on les observe aussi fréquemment que dans les articulations qui unissent les premières phalanges au métacarpe, ou dans celles des phalanges entr'elles. Ces vices de

structure produisent la déviation en dedans, en dehors, en avant ou en arrière, suivant les points des surfaces articulaires où il y a eu arrêt de développement. L'inclinaison postérieure, au dire de Boyer, est la plus commune surtout chez les femmes.

II. *Considérations physiologiques.* A. Disseminé sur la totalité du corps, le toucher a son siège principal dans la main, et c'est à elle, c'est à l'arrangement et à la multiplicité de ses nerfs, qu'elle doit presque toute sa perfection. Divisée en plusieurs parties mobiles et flexibles elle peut embrasser un plus grand nombre d'objets, se plier et se replier à la surface des corps, et nous donner une connaissance plus juste de leur forme et de leur figure. Cette heureuse conformation procure à nos mains tant d'avantages, que le philosophe Anaxagoras, Herder, Lecat, Condillac, Vicq-d'Azir, Cuvier, et une foule d'autres médecins ou philosophes distingués ont voulu y voir la seule cause de notre suprématie sur les animaux, et ont proclamé le toucher comme le sens par excellence, le sens correcteur. De puissantes objections se présentent en foule contre une assertion aussi exagérée mais pour ne pas m'écarter de mon sujet je ne dois faire valoir que celles qui nous sont fournies par l'étude des difformités de la main.

1° S'il était vrai, que la vision et l'ouïe eussent dans les premiers efforts de l'intelligence un besoin indispensable du secours du toucher pour redresser les erreurs auxquelles ces deux sens sont exposés ; s'il était vrai que la main fut la condition nécessaire de la raison humaine et de notre suprématie sur les animaux, il s'en suivrait que les individus privés congénitalement de mains, ou n'ayant que des mains rudimentaires, devraient être atteints d'idiotisme ou du moins inaptes à recevoir la moindre éducation ; mais les faits prouvent qu'il en est autrement. On a vu, en effet, un grand nombre d'enfants, qui quoique venus au monde sans mains ou avec des mains rudimentaires, ne se sont pas du tout montrés dans la suite, inférieurs en intelligence aux personnes exemptes de difformités manuelles Qui ne sait que plusieurs individus atteints de ces sortes de difformités, sont parvenus à remplacer les mains par les pieds dans certains services que rendent les premières sous le rapport industriel? Combien

n'en a-t-on pas connus qui pouvaient écrire au moyen des trois premiers orteils et façonner leurs pieds de manière à les transformer en un instrument à la fois exploratif et préhensif.

2° Est-il permis de supposer avec Buffon que si la main avait un plus grand nombre de pièces, si elle était par exemple divisée en vingt doigts, le sentiment du toucher serait plus perfectionné, et vaudrait à l'homme des connaissances plus nombreuses, plus claires, plus développées. Est-on fondé à faire une parreille supposition, quand on a la preuve que chez les sexdigitaires et même chez ceux qui ont eu neuf ou dix doigts, la main, loin de se distinguer par un surcroît de finesse, dans le toucher, ou par une plus grande habilité, se montrait au dessous de ce qu'elle est à l'état normal et que les doigts surnuméraires constituaient plutôt une gêne qu'un perfectionnement.

Disons que les mains peuvent nous faire acquérir des idées plus ou moins distinctes de la distance, de la forme, de la grandeur, du repos ou du mouvent, de la chaleur et du froid; de l'humidité et de la siccité, de la pesanteur et de la résitance des objets; mais qu'elles sont encore plus admirablement conformées pour nous être utiles pour organes d'industrie que comme instrument du toucher. Reconnaissons aussi que la supériorité de l'homme provient surtout de la perfection de son entendement, et ajoutons, avec Galien, que l'homme n'est pas l'animal le plus intelligent parce qu'il a des mains, mais qu'il est pourvu de mains par la raison qu'il possède la plus haute intelligence.

B. La physiologie ne prétend pas plus nous dévoiler les causes des difformités congénitales spontanées de la main que celles de toute autre partie. Elle constate bien que la nature s'écarte quelquefois des lois primordiales qui président à certains types d'organisation, mais elle ne nous instruit nullement sur les motifs de tels écarts. Dire que telle difformité est due à un manque de développement, telle autre à un arrêt, telle autre à un excès, telle autre à une perversion; telle autre à la persistance d'une partie ordinairement transitoire, c'est tout simplement en effet reconnaître une chose et

non l'expliquer. Je suis loin de contester les liaisons intimes qui existent pendant la gestation entre un enfant et sa mère, je n'ignore pas qu'il peut ressentir vivement toutes les affections de celle-ci, mais il ne me paraît pas du tout raisonnable de considérer l'imagination maternelle comme la cause suffisante, la véritable cause, la cause efficiente des difformités congénitales.

C. L'induction physiologique que l'on peut retirer de l'existence des difformités sexdigitaires est peu favorable au système de l'évolution organique, système dans lequel on suppose que toute partie existe primitivement dans le germe et que cette partie ne fait que se développer. S'il en était ainsi comment pourrait-on concevoir qu'un germe issu de parents dont les mains sont normalement conformées contienne sous forme moléculaire, les linéaments de nouveaux doigts?

D. L'hérédité fréquente de la difformité par exhubérence de quelque partie de la main est une preuve à ajouter à tant d'autres, que les formes organiques sont transmissibles des parents aux enfants.

E. Les déviations congénitales de la main, produites par la paralysie ou la faiblesse de quelque muscle, démontrent combien dans l'état normal les forces doivent être heureusement départies aux puissances motrices antagonistes, puisqu'il suffit que l'une d'elles manque, pour qu'il n'y ait plus entr'elles ni synergie ni équilibre. Elles démontrent aussi combien est grande la tendance au racourcissement dans les muscles, dont l'action cesse d'être contrebalancée par des antagonistes.

Difformités acquises. Les principales difformités de ce genre sont enkylose de quelques unes des surfaces articulaires de la main, la rétraction permanente de cette dernière ou des doigts seulement par une altération de l'aponévrose palmaire, ou par toute autre cause. La coalition accidentelle des doigts, leur déviation, les luxations irréductibles de quelqu'un des os de la main, etc.

L'étude de ces sortes de difformités n'offrant aucun intérêt sous le rapport de son application à l'anatomie et à la physiologie, je passe à l'examen des vices de conformation du pied.

DIFFORMITÉS DU PIED.

Le pied est sujet aux mêmes difformités que la main. Je me bornerai à dire un mot des principales imperfections du pied par trop peu de développement. L'extrême petitesse congénitale du pied coexiste presque toujours avec la paralysie et l'atrophie du membre correspondant. La petitesse du pied qui n'est pas portée au point de le rendre impropre à la sustentation et à la locomotion, ne constitue pas une difformité : on la regarde assez généralement au contraire comme l'une des plus belles formes. On prétend que les Chinoises ont toutes de fort petits pieds, parce qu'on les chausse très étroitement quand elles sont jeunes. Je ne conteste pas que la compression quand elle est long temps continuée, ne puisse s'opposer au développement d'une partie quelconque et en obtenir l'atrophie ; mais je doute fort qu'un pareil moyen puisse toujours réussir à rendre le pied mignon. Quelques exemples me portent à présumer, que si les Chinoises n'avaient pas les pieds naturellement disposés à une petite forme, elles ne réussiraient le plus souvent à l'obtenir qu'en donnant lieu à différents vices de conformation et surtout à la déviation des orteils.

Pieds plats. Le pied est quelquefois difforme par le manque de développement de l'éminence postérieure et inférieure du calcanéum, et celui des extrémités digitales du premier et du cinquième os du métatarse. En pareil cas, la grille métatarsienne manque de voussure et il en résulte ce que l'on appelle *pied plat.* Cette difformité rend la marche moins assurée et ne permet pas de longues fatigues.

Pieds-bots. On nomme ainsi une conformation vicieuse dans laquelle les pieds touchent le sol par toute autre partie que par leur face plantaire ou seulement par quelques points de cette dernière. Cette difformité a reçu divers noms suivant que le pied est dirigé en dedans, en dehors, en avant, en arrière : dans le premier cas, on l'appelle pied-bot interne; dans le second, pied-bot externe ; dans le troisième, pied-bot antérieur ou dor-

sal (1); dans le quatrième, *pied-équin*, *pied-bot postérieur ou plantaire.*

La dissection a prouvé à Scarpa, que l'astragale reste étranger au déplacement que subissent dans la formation du pied-bot les autres os du tarse, principalement le calcanéum.

Sil faut ajouter foi à l'opinion émise d'après un certain nombre de faits, par M. Ferdinand Martin, de Paris, le pied-bot congénital serait toujours le résultat d'une pression exercée sur les pieds de l'enfant par les contractions utérines dans les cas d'absence plus ou moins complette du liquide amniotique. Sans vouloir contester la véracité des observations que ce médecin cite à l'appui de cette manière de voir, il doit m'être permis de dire qu'il est bien difficile de concevoir qu'un enfant puisse vivre longtemps *à sec* dans l'utérus, c'est-à-dire, sans être garanti des contractions de cet organe par les eaux de l'amnios. Quant à moi, je n'ai pas encore vu beaucoup d'accouchements, cependant sur un nombre de trente à quarante, j'en ai vu un à l'hôpital clinique de Paris où ces dernières manquaient complètement, mais l'enfant quoique expulsé, après un travail de quelques heures avec beaucoup de facilité, était mort par suite d'un état apoplectique, et ses pieds n'étaient nullement déviés.

Le pied-bot congénital, tient le plus souvent à un arrêt de développement de la malléole correspondante au côté, vers lequel le pied s'incline, mais nous ne saurions donner dans la plupart des cas la raison de cet arrêt. D'autres fois la déviation du pied paraît être le résultat de l'atrophie de certains muscles qui abandonnent cette partie à l'action de leurs antagonistes; parfois aussi elle dépend de la brièveté anormale et primitive de quelqu'un ou de quelques uns de ces instruments locomoteurs.

---

(1) Le célèbre Delpech a observé cette variété, en 1816, chez un enfant qui venait de naître : la brièveté des muscles antérieurs de la jambe et leurs tendons était telle, que la face dorsale du pied de l'un et de l'autre côté était appuyée sur la région antérieure de la jambe et qu'il n'était pas possible de l'en écarter.

Les causes les plus ordinaires du pied-bot accidentel, sont la rétraction de certains muscles de la jambe ou du pied, toutes les lésions de la région plantaire qui forcent les malades à n'appuyer long-temps que sur un des bords du pied, l'empressement trop grand que l'on met souvent à faire marcher les enfants de bonne heure, la manière défectueuse dont les enfants sont portés sur les bras leur nourice, etc, etc.

Une remarque physiologique qui se présente quand on appr la part toujours fort active que les muscles prennent à la produc du pied-bot, c'est celle de leur tendance progressive au racourcissement ou de leur passage à cet état que le professeur Lordat, appelle *ton invétéré* ou *hypertonie*. « Lorsque ce ton, dans un muscle » a pu, dit notre savant professeur, s'exercer long-temps sans interruption, il diminue la longeur de ce muscles d'une manière habituelle et presque naturelle, de sorte que le recouvrement des » anciennes dimensions est très pénible ». La connaissance de cette disposition musculaire ne doit pas être perdue de vue dans la théorie de la formation des pieds-bots et surtout dans le choix des moyens propres à vaincre graduellement les contractions qui entretiennent le pied dans une direction vicieuse.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Quelle est l'influence de la luxation fémoro-iliaque ancienne sur la direction et la conformation du bassin ?

Les recherches que j'ai faites dans les Auteurs pour m'éclairer sur cette question, auraient été complètement infructueuses sans quelques légères lueurs qui m'ont apparu, en consultant le beau travail de Delpech, sur l'orthomorphie. Peut-être M. Guérin s'en

est-il occupé dans le mémoire qui lui a valu le prix Monthion, mais il m'a été impossible de me procurer ce travail.

L'influence d'une luxation fémoro-iliaque ancienne sur la conformation du bassin est de deux sortes : tantôt elle se borne au point où la tête du fémur s'est pratiquée une articulation nouvelle, tantôt elle s'exerce sur l'ensemble de la cavité pelvienne et en change dès-lors, plus ou moins, la direction. Lorsqu'un fungus scrophuleux a diminué la profondeur de la cavité cotyloïde, en a détruit les moyens d'union, la tête du fémur, presque toujours entraînée en haut, se loge dans la fosse iliaque externe. Il est très rare que dans son déplacement consécutif, elle se dirige vers la fosse ovalaire et s'y réfugie : dans l'un et l'autre cas, sa présence sollicite des actes plastiques qui lui créent, non seulement un réceptacle, mais encore un cartillage, une capsule fibro-séreuse, conséquemment un véritable appareil articulaire. La formation de cet appareil dans la fosse iliaque externe ne peut guère changer la conformation du bassin quand l'ossification est accomplie ou qu'aucune affection morbide telle que le rachitis, n'a pas altéré la solidité des os pelviens ; mais l'on conçoit aisément qu'une pression permanente telle que celle exercée sur l'os iliaque par la tête du fémur, finisse, pour peu que cet os manque de résistance, par déjeter à l'intérieur la portion qui lui sert de point d'appui. Ce déjettement a pour effet de retrécir l'un des diamètres oblique et le diamètre transversal du détroit supérieur, aussi convient-il de ne pas perdre de vue cette disposition quand elle se présente chez une femme devenue enceinte.

La pression extrême, constante, ancienne de la tête du fémur contre le ligament obturateur et le rebord du trou ovalaire a aussi pour résultat de retrécir la cavité pelvienne, surtout chez les individus jeunes ou rachitiques. Dans ce cas, le retrécissement porte sur le petit bassin, et principalement sur l'espace sous-pubien.

Quand le bassin n'a pas acquis tout son développement, ou qu'il manque de résistance, la luxation fémoro-iliaque ancienne

ne peut guère éviter d'en déformer l'ensemble et d'en changer la direction, à moins que l'on ne trouve certaines mesures orthopédiques propres à y remédier. La déformation que l'on observe le plus ordinairement sous l'influence d'une pareille cause, consiste principalement dans la perte du parallélisme, des os coxaux, perte au moyen de laquelle celui de ces os où se trouve la luxation, est déprimé tandis que l'autre est élevé. Cette espèce de déviation, vicie nécessairement les divers diamètres du bassin, et peut devenir très nuisible, chez la femme en cas d'accouchement. Quand le bassin offre une inclinaison de cette espèce, il n'est guère possible que la colonne vertébrale ne subisse elle-même quelque déversement consécutif plus ou moins prononcé.

Pour prévenir autant que possible la perte de parallélisme entre les os coxaux il serait bon, ce me semble, que dans toute luxation fémoro-iliaque ancienne, avec raccourcissement, on corrigeat celui-ci au moyen d'un soulier à talon très haut.

SCIENCES MÉDICALES.

Faire connaître les causes, les symptômes et la marche de l'herpes du prépuce.

I. On désigne sous le nom d'herpes, ou dartres diverses sub inflammations cutanées ordinairement chroniques, qui dérivent d'une affection commune et dont les formes les plus ordinaires et les plus caractéristiques, sont: 1° sous le rapport des productions anormales de la partie malade, les formes à produits farineux, squammeux, faveux, crustacés: 2° relativement au mode d'altération du tissu cutané, les formes miliaires, pustuleuses, rongeantes, etc, etc.

Les herpes se présentent à l'étude des praticiens sous trois points de vue: sous celui de l'éruption cutanée, sous celui de la cause

spéciale qui leur donne naissance], sous celui de leur combinaison avec d'autres états morbides. Ces deux deniers points de vue sont incontestablement d'une plus grande importance que le premier.

II Qu'une dartre se déclare au prépuce ou ailleurs, la cause essentielle en est toujours la même : le siége peut sans doute apporter quelques modifications aux symptômes, mais non pas à l'affection ou au caractère fondamental. Nous ne connaissons pas la vraie nature de cette cause ; mais nous sommes en droit de l'attribuer à une modification spéciale de l'économie, à un état spécifique. Comment, sans cela, nous rendrions-nous compte de l'apparition des dartres chez tel individu soumis aux mêmes influences extérieures, qu'une foule d'autres qui en sont exempts ? Comment, sans cela, expliquer la filiation des diverses formes dartreuses et l'identité de leur traitement principal ? Quant aux causes qui peuvent, avec le concours de la diathèse dartreuse, faire naître un herpes au prépuce, plutôt qu'ailleurs, il nous est souvent impossible d'en assigner d'autres, que certaines conditions inappréciables de cette partie

Relativement aux causes excitatrices appréciables, les plus communes sont : la malpropreté, l'abus du coït et le frottement du pénis contre un pantalon de drap.

III L'herpes miliaire et le vésiculeux, sont ceux qui apparaissent le plus ordinairement au prépuce. Le premier se présente sous la forme de plaques, composées de plusieurs renflements rouges, de la grosseur d'un grain de millet. Ces plaques résident ordinairement à la face externe du prépuce et sont le siége de vives démangeaisons. Quelquefois il s'en établit sur la membrane muqueuse, principalement à la base du gland ; dans ce cas, l'herpes s'accompagne d'un écoulement qui constitue une des variétés de la *Blennorrhagia Balani.*

L'herpes vésiculeux ne diffère du précédent que par la forme d l'éruption.

L'herpes phagédénique ou rongeant est aussi un de ceux que l'on observe parfois au prépuce ; il convient de ne pas le confondre avec le chancre vénérien, ni avec l'ulcère cancéreux.

Les dartres crustacées et squammeuses attaquent le prépuce bien plus rarement que les précédentes.

IV. Toutes les espèces de dartres ont, à l'exception de la dartre rongeante, une marche chronique.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE ;
DE MONTPELLIER.

Professeurs.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DELMAS.	*Accouchements.*
GOLFIN. Président.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH. *Suppléant.*	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR. *Examin.*	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR.	*Opérations et Appareil.*
.....	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

Agrégés en Exercice.

MM. VIGUIER. *Examinateur.*
BATIGNE.
BERTRAND
BERTIN. *Suppléant.*
DELMAS fils.
VAILLÉ. *Examinateur.*
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.

MM. JAUMES.
POUJOL.
TRINQUIER.
LESCELLIÈRE-LAFOSSE.
FRANC.
JALAGUIER.
BORIES.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.